

WERKEN IN EEN POEL VAN ANGST EN ONMACHT. NAAR EEN HERSTEL VAN DE HULPVERLENER.

Evi Verbeke

Psychologe en psychotherapeute bij PC Karus, privépraktijk en praktijkassistente aan de vakgroep Psychoanalyse & Raadplegingspsychologie UGent
Victor Braeckmanlaan 134, 9040 Gent
eviverbeke@gmail.com, Tel.: ++32/(0)472 42 15 31

Samenvatting: Psychiatrie wordt gekenmerkt door veel dwang en de herstelbeweging krijgt weinig vaste grond in de dagelijkse praktijken. In dit artikel probeert de auteur te begrijpen waarom. Hulpverleners geven aan dat ze angst en onmacht ervaren in confrontatie met psychisch lijden en dwang. Vanuit een lacaniaanse invalshoek kunnen we angst begrijpen als een signaal van het reële. Omdat psychiatrie werkt met hetgeen weerstand biedt tegen de heersende vertogen, zal het reële daar buitensporig aanwezig zijn. Psychiatrie wordt verwacht om het reële te genezen, dit geeft hulpverleners een macht die soms overweldigend en beangstigend kan zijn. De structurele onmogelijkheid om het reële te genezen zorgt bovendien voor onmacht. Manifestaties van het reële van patiënten komen in de overdracht en dat zorgt voor een confrontatie met het eigen reële. Daarom is er een structurele psychiatrische doodsdrijf die altijd in het werk aanwezig is. Doorgedreven professionalisering, dwang en uitsluiting zijn manieren om die doodsdrijf te ontkennen en te versluieren. Psychiatrie zou een discipline moeten zijn die nadenkt over het reële en probeert te conceptualiseren, in plaats van weg te moffelen. Om dit te doen, hebben we een herstel van de hulpverlener nodig.

Sleutelwoorden: psychiatrie, herstelbeweging, dwang, angst, onmacht, het reële

Ontvangen: 15 april 2019; **Aanvaard:** 30 juni 2019.

*“Though you may walk in the valley in the dark,
there's no greater evil than the darkness in your heart”*
Natalie Merchant (2001)

Herstel is hip en overal aanwezig. Doe de website open van een willekeurig psychiatrisch centrum en je leest dat ze staan voor ‘herstel en vermaatschappelijking’. Er zijn studiedagen over het onderwerp en inspectie kijkt na of begeleiders het idee van herstel in hun visie opnamen. Op papier klinkt het fantastisch, want betekent dit dan niet dat de patiënt intussen gelijkwaardig is aan de hulpverlener? Dat we

naar een nieuwe psychiatrie¹ zijn gegaan die dwang, betutteling en normalisering na 200 jaar eindelijk loslaat? Jammer genoeg is dat niet zo. Beleidsrapporten tonen dat er zowel residentieel als ambulant veel dwang is. Volgens patiënten vindt de herstelvisie weinig doorgang in concrete praktijken (Froyen, 2016; Tambuyzer, 2017). Diana Rose (2014) waarschuwt dat herstel een modewoord is geworden dat in mainstream gebruik tot een individualiserende en normaliserende praktijk leidt (je bent zelf verantwoordelijk voor je herstel). Herstel komt in de handen van gespecialiseerde herstelwerkers en wordt een selectievakje. Doen jullie aan herstel? Wel ja hoor, wij nodigen één keer per maand een patiënt uit op team. Peter Beresford (2002) zegt dat dit tokenisme is: we zoeken vlug een ervaringsdeskundige om de schijn van inclusie op te werpen, zonder echt naar hun stem te luisteren. Herstel opereert hier als een meesterbetekenaar: het woord heeft een uitzonderlijke autoriteit, maar geïsoleerd van andere betekenaars verwijst het enkel nog naar zichzelf. Doordenken wat herstel betekent, tot in zijn uiterste consequenties, gebeurt te weinig.

Waarom is het zo moeilijk om de hersteltheorie in praktijk te brengen? Het doet me denken aan een opmerking die ik van studenten psychologie hoorde: ‘Wat is dat toch met de hulpverlening? Als het zo duidelijk is dat het anders moet, waarom gebeurt dat dan niet?’ Die waarom-vraag is cruciaal als we verandering in de geestelijke gezondheidszorg willen. De meeste verklaringen zijn vrij eenzijdig en oppervlakkig. Zo horen we dat hulpverleners dom zijn: een master maken van de opleiding verpleging zou de oplossing zijn. Of dat het sadisten zijn en we de kwaadaardige artsen moeten ontslaan en vervangen door humane. Of het is de schuld van het neoliberalisme, want vroeger was het allemaal beter. En omgekeerd: het is de schuld van de oude visie waarvan velen nog doordrongen zijn, straks zal het allemaal veranderen.

Deze verklaringen zitten ook in gesofisticeerde betogen. Ze houden allen steek (inderdaad: iedereen kent collega’s die niet bekwaam zijn, er zijn artsen die anders omgaan met macht en de toegenomen focus op administratie maakt de boel er niet beter op). Maar ze zijn te eenzijdig en gaan voorbij aan een fundamenteeler probleem. In dit artikel schuif ik een andere lezing naar voren, georiënteerd op Lacans notie van het reële. Ik vertrek daarbij vanuit de angst en onmacht die het klinisch werk kenmerkt en beargumenteer waarom de ontkenning daarvan zorgt

1. In deze tekst gebruik ik het woord psychiatrie om het brede veld aan te duiden van instellingen (residentieel en ambulant) die psychisch lijden proberen te behandelen. Het gaat dus niet uitsluitend om de psychiatrische ziekenhuizen en niet uitsluitend om de discipline van artsen.

voor meer macht en dwang. Ik besluit dat de hersteltheorie niet alleen moet gaan over herstel van de patiënt, maar ook over een herstel van de hulpverlener.

Onmacht & angst

Voorbij alle ideeën over kwaadaardige artsen, sadistische begeleiders en op winst beluste managers ligt een andere realiteit. Als hulpverleners vrij spreken over het klinisch werk, dan geven zij vaak aan dat ze angst ervaren. Hallucinaties bijvoorbeeld kunnen bevreemdend en angstaanjagend overkomen (McMullan et al., 2018), net zoals agressie van patiënten zorgt voor beroering (Camuccio et al., 2012). Als begeleiders patiënten moet afzonderen, hen fixeren of tot behandeling verplichten, is die angst soms lijfelijk voelbaar (VanDerNagel et al., 2009; Wilson et al., 2017).

Angst gaat vaak samen met gevoelens van onmacht. In een bijlage voor sociaal.net merken werknemers van psychiatrische thuiszorg De Sprong op hoezeer onmacht hun werk tekent. Cliënten die steeds opnieuw hervallen, mensen voor wie je van alles en nog wat onderneemt en die dan plots afhaken, armoede waar je als hulpverlener niet veel aan kan doen behalve eens een sigaret geven. Deze onmacht verdragen is volgens deze begeleiders het moeilijkste aspect in het werk².

Soms is het (schijnbaar) duidelijk waarom er angst en onmacht is. Denk aan patiënten die zichzelf snijden of plots agressief worden. Dit is intrusief voor anderen, omdat het een aantal grenzen overschrijdt die men normaliter wel heeft. We moeten opletten met deze ‘klassieke’ voorbeelden, omdat we te snel zouden denken dat angst en onmacht enkel voorkomen bij ‘moeilijke patiënten’ of enkel op crisisdiensten. Dit is niet het geval. Denk aan een ambulante therapie die in het begin goed gaat: een patiënt spreekt over haar vroegere trauma's en kan dit in verband brengen met haar huidige problemen om een partner te vinden. Er komt van alles in beweging, de patiënt heeft geen last meer van flashbacks en voelt zich beter. Maar dan stukt er iets in het werk: haar dwangrituelen blijven bestaan en verergeren zelfs, wat ze toeschrijft aan de gebrekkige therapie. Het is niet alleen bij spectaculaire manifestaties zoals agressie, hallucinaties of zelfmoord dat hulpverleners angst en onmacht ervaren, het zit in de kern van ons werk.

2. <https://sociaal.net/achtergrond/onmacht-is-onze-kracht/>

Roos³ is 22 jaar als ze in opname komt: ze lijdt aan hallucinaties, gebruikt drugs en maakt nauwelijks contact. Roos glipt tussen onze vingers door en na drie weken komt ze – zonder iets te zeggen – niet meer terug. Een halfjaar later staat ze plots terug aan onze deur. Ze is helder en kan een vlot gesprek aangaan. Ze vertelt dat ze al een week op straat leeft en wil absoluut niet meer terug naar haar ouders gezien het aanhoudende misbruik van vader. We geven haar soep en brood en besluiten dat ze diezelfde avond nog in opname mag. Deze keer blijft Roos, ze maakt vrienden op de afdeling, komt naar ateliers en wil alleen wonen mits onze hulp. Ze blijft herhalen: ‘Jullie hebben me opgevangen toen ik niemand meer had, daardoor heb ik terug hoop’. Al snel blijkt het allemaal minder eenvoudig dan gedacht. Roos verdwijnt iedere week wel eens, voor enkele uren of voor een paar dagen. Dan drinkt ze en gebruikt ze drugs. We vermoeden dat ze steelt om dit te betalen. Dit blokkeert alle stappen voor de toekomst. Geen enkele sociale werkplaats laat haar nog toe omdat ze zich vaak overslaapt of niet opdaagt. Een woning vinden is bijna onmogelijk. In beschut wonen en woonprojecten voor mensen met een beperking, is ze niet welkom omwille van haar druggebruik. Een appartement vinden voor iemand met een uitkering van nog geen 900 euro per maand in combinatie met een andere huidskleur en een bewindvoerder die alle woningen uitsluit die niet perfect in orde zijn, blijkt onmogelijk. Ons team ziet het stilaan niet meer zitten. De begeleiders verzuchten: waarom bruuskeert ze zichzelf altijd? Ziet ze dan niet dat ze het voor zichzelf verprutst? We blijven ons best doen, nemen contact met zowat iedere dienst voor wonen en werken in de regio en toch falen we keer op keer. Roos raakt gefrustreerd. Bij sommigen zit het zo hoog dat ze zich afvragen of wij wel nog de geschikte afdeling zijn voor haar. Ze heeft geen therapeutische vraag, enkel een opvangvraag, moet ze dan niet naar daklozenzorg?

Het is vreemd dat er weinig conceptualisatie is rond angst en onmacht. Het gevoel en de intuïtie hoor je vaak – voornamelijk in interviewstudies en casussen – maar theorieën waar onmacht en angst als concepten worden uitgewerkt en hoe dit het werk in de hulpverlening bepaalt, zijn schaars. Daardoor ervaren we de angst wel in het werk, maar weten we niet wat we ermee moeten aanvangen. Om dat conceptueel kader scherper te krijgen beroep ik me hier op het werk van Lacan.

3. Alle casussen in de tekst zijn patiënten die in het verleden een opname kenden op afdeling De Meander van PC Caritas, een afdeling voor jongeren en volwassenen met een mentale beperking. Alle namen zijn pseudoniemen.

Angst, existentie en symptomen

Een gekende uitspraak van Lacan is dat angst het enige affect is dat niet bedriegt (2004 [1962-1963]). Lacan neemt angst niet lichtzinnig op en psychologiseert hem niet. Ook niet de angst die de analyticus (en bij uitbreiding de hulpverlener) ervaart (ibid.: 13). We moeten dit affect serieus nemen, niet van tafel vegen, niet bedekken onder de mantel der liefde of der professionalisering.

Daarvoor hebben we een gegronde theorie over angst nodig. Als we aan angst denken, dan komen al snel ideeën als angst voor spinnen, angst voor vreemden, angst voor alles dat je maar kan bedenken. Lacan noemt dit vrees (ibid.: 186) en onderscheidt deze van angst, waar je niet zomaar kan zeggen waarvan je bang bent. Een angst die gaat om de angst zelf, om de vrees voor de vrees, om een puur lichamelijke ervaring en niet om de vrees voor iets dat je duidelijk kan kennen (Lacan, 2001 [1975]: 29). Angst is *the real thing*: hij doet wankelen, laat iemand woordeloos en verweesd achter, is weerbarstig tegen taal. De vrees is al een oplossing tegen de angst, een manier om angst benoembaar te maken en op afstand te houden. Een beetje schertsend: als je weet waarvoor je bang bent dan heb je eigenlijk geen angst (Jonckheere, persoonlijke communicatie).

Lacan beschouwt deze angst op momenten als een signaal van het reële. Het subject is beroerd door dat reële en het fantasma is ontoereikend om dat te verhullen. Wat betekent dit precies? Volgens Lacan is onze subjectiviteit gecentreerd rond een ‘zijnstekort’ (1966 [1958a]: 613, 627). Subjectiviteit houdt noodzakelijk een tekort in, we weven onszelf een *zijn* rondom een kern van non-subjectiviteit. Er zijn geen vaste antwoorden op de vraag ‘wie ben ik’ en op de vraag wat de Ander van mij wil. We hebben een verlangen om grip te krijgen op onze identiteit, op ons lichaam en op de Ander, maar biologie en cultuur kunnen daar geen afdoende antwoord op geven. Die kwesties kunnen het subject overspoelen en teisteren (Lacan, 1966 [1958b]: 549) en lokken angst uit omdat er geen finaal antwoord is op de enigmatische dimensies van zijn en genot (Vanheule, 2011: 134).

Op die angst antwoorden we met symptomen en met het fantasma. Maar die zijn nooit voldoende waardoor er in die oplossingen ook altijd iets zit dat tegenwerkt, iets wat niet vlot en dat is het reële. Daarvan is angst het signaal: voor wat niet vlot (Lacan, 1975 [1974]: 76-77). Lacan koppelt het object a aan die omgang met angst. Wanneer we onze subjectiviteit via de Ander willen reguleren zal er altijd iets weerstaan:

stukken van het genot kunnen we nooit articuleren. Het object a is het element van zijn dat niet in het symbolische ingeschreven raakt. Omdat we taal gebruiken is er een rest die niet in taal te vatten is (Vanheule, 2011: 131). De neuroticus gelooft dat het object a het verlangen van de Ander vertaalt: dat is wat de Ander wil van mij, zo moet ik zijn voor de Ander. Dan moet je niet langer bezig zijn met een enigmatisch genot dat angst oproept, maar kan de focus verschuiven naar het verlangen (ibid.: 134). We verlangen naar identiteit om de angst af te dekken dat er finaal geen identiteit is en dat er altijd iets vreemds in onszelf zit, iets wat niet te pakken is in taal of beeld. Integendeel, het is net door de taal dat we geconfronteerd worden met dat vreemde.

Angst is een signaal van het reële en tegelijk constitutief: daarrond ontwikkelen we subjectiviteit en symptomen. Zonder angst geen verlangen, geen subject. Wat niet door angst wordt gerealiseerd, dat raakt de mens niet (Jonckheere, 2005: 16). Voor de psychoanalyse is angst niet pathologisch, slecht of onprofessioneel maar verraadt het iets van ons meest intieme (niet-)zijn.

Vanheule (2011; 2018) geeft aan hoe existentiële kwesties ons kwetsbaar maken. We proberen ons bestaan errond te bouwen, maar door de ontoereikendheid kan het steeds dat we psychische problemen ontwikkelen. Ouder worden, relaties, de dood van een geliefde... brengen ons in beroering en kunnen symptomen tot gevolg hebben. Denk aan de geboorte van een kind die een psychose uitlokt, een nieuwe partnerrelatie die oude trauma's naar boven brengt of moeilijkheden met het lichaam die leiden tot zelfverwondend gedrag. Het zijnstekort heeft altijd een symbolische en een imaginaire kant: wat zich probeert te schrijven, probeert vast te zetten, probeert te stollen als antwoord op subjectiviteit. En tegelijk heeft het een reële kant: hetgeen blijft insisteren in dat tekort, hetgeen tegenwerkt en stokken in de wielen steekt. Dat is waar angst een signaal voor is. Een psychische crisis is een moment waarop mensen niet kunnen terugvallen op vertrouwde antwoorden voor die existentiële kwesties. Men heeft zichzelf letterlijk niet meer in de hand. Of nog: een moment waarop die dimensies van het symbolische, imaginaire en reële niet meer verknoopt raken (Vanheule, 2011).

En het is net daar waar psychiatrie binnenkomt. Zij probeert in onze maatschappij een antwoord te geven op wat niet helemaal in de heersende vertogen past, wat weerstand biedt aan onze alledaagse omgang met elkaar. Foucault (1994 [1984]:669) heeft het over problematiseren: psychiatrie (en andere disciplines) maakten van psychiatrische ziekten en psychisch lijden een object van denken. Het

is niet zo dat er geen mentale problemen bestaan los van psychiatrie, maar zij definieert dit lijden als *medisch* en als *behandelbaar* (Foucault, 2013 [1964]). Doordat die existentiële vragen geen finaal antwoord kennen, zijn individuen en vertogen kwetsbaar. Hierdoor zal er in iedere maatschappij iets tegenwerken, cultuur kan nooit alles omvatten. Psychisch lijden is een uiting daarvan en de psychiatrie vertaalt dit als een medisch probleem én biedt een plaats voor wat niet in de gewone vertogen past. Ze komt tussen in de meest precare punten van niet-zijn.

Psychiatrie en psychologie zijn de hedendaagse disciplines bij uitstek waarlangs we antwoorden zoeken op deze existentiële kwesties (De Vos, 2011). Iets van het eeuwige vreemde in mezelf en de Ander, iets van het noodzakelijke onbehagen in onze cultuur komt in handen van de hulpverlening. Dat is op zich niet slecht, deze zaken moeten zich altijd met haken en ogen ergens inschrijven. Psychiatrie en psychologie in de vuilbak kieperen zal op geen enkele manier dat reële wegnemen en is dus geen oplossing. Maar psychiatrie moet wel ondervragen wat ze doet met dat reële dat ze binnenkrijgt, hoe ze zich daarlangs zal oriënteren en hoe ze dat noodzakelijk mee creëert vanaf het moment dat ze er vertogen rond bouwt.

Angst, onmacht en de psychiatrische doodsdrift

Volgens Freud (2006 [1925]:537) zijn er drie onmogelijke beroepen: analyseren, regeren en opvoeden, waar Lacan (2015 [1974]: 68) nog wetenschap aan toevoegt. Hulpverlening is bij uitstek een combinatie van die vier: ook zij kan geen finaal antwoord bieden op onze intieme kwetsbaarheid. De vraag –niet zozeer van patiënten, maar vanuit de samenleving– die komt is: ‘herstel het reële’. Neem wat niet marcheert, wat niet helemaal te capitonneren is in de vertogen en los dat op. Dat zorgt voor angst om de macht die men in handen krijgt. Hulpverleners moeten beslissingen nemen over het meest intieme en onmogelijke van een medemens. Of ze nog gek zijn en dus op ontslag mogen of niet, een jeugdrechter die vraagt of ouders al dan niet voor hun kind kunnen zorgen, een cliënt moeten wassen die dat door psychische problemen zelf niet kan. Er zitten brokken genot in deze macht, maar een genot zoals Lacan het omschreef: een dat beangstigend is, en niet leidt tot plezier of bevrediging. De hulpverlener krijgt een soevereine plaats toebedeeld (jij bent de baas/de meester die mag beslissen). Maar met Foucault (1978 [1976]) veronderstellen we dat soevereine macht niet (langer) operatief is in de moderne tijd, macht opereert in het gehele sociale weefsel. Niemand kan macht bezitten, macht doorstroomt de

vertogen en is eerder relationeel dan iets wat je hebt of niet hebt. Er is geen soevereine macht en precies daarom kan het beangstigend werken als anderen verwachten dat je die soevereine positie toch inneemt⁴.

Deze macht confronteert ons ook met onmacht. Je kan het voor een ander niet oplossen. Het vreemde zit nu eenmaal in ons en huist mee in elk vertoog. Psychiatrie kan pleisters helpen zoeken maar à la limite zal het onbehagen blijven insisteren. Soms is dit pijnlijk duidelijk. Mensen die steeds opnieuw hervallen, een patiënt die zich beter voelt en dan plots een personeelslid aanvalt... Het zijn geen uitzonderlijke gevallen. Het zijn momenten waarop zichtbaar wordt wat structureel in ons werk zit: dat we het lijden en het vreemde nooit kunnen wegwerken.

Wat voor psychiatrie zo lastig is, is dat dit vreemde daar uitvergroot aanwezig is. Zoals ik zei: symptomen woekeren rond die existentiële thema's en de psychiatrie schaart deze bijeen. Het is daardoor de plaats bij uitstek waar we merken dat er zoiets bestaat als het reële, waar we voelen dat niet alles in vertogen en praten te vatten is. In die confrontatie botsen we op ons eigen reële, op de psychische kwetsbaarheid die we als hulpverlener onmiskenbaar ook hebben. Werken met agressieve patiënten kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat een begeleider zijn eigen agressieve driften voelt die hij niet kan plaatsen. Zoals Simone Korff-Sausse (1996) ook beargumenteert: de angst voor het vreemde in de Ander, is eerst en vooral een angst voor het vreemde in onszelf. Geestelijke gezondheidszorg is bij uitstek een plaats die het eigen reële toucheert en blootlegt.

Dit komt omdat de kliniek altijd een kliniek in verhouding is. Symptomen zijn geen dingen waarover je eventjes in een boekje leest en dan zonder spreken probeert op te lossen (er zijn natuurlijk hulpverleners die denken van wel!). Zodra mensen zich tot de hulpverlening richten komen de symptomen in een relatie: ze nestelen zich in de overdracht. Denk aan iemand met agressieproblemen die dit geweld uit naar die hulpverlener met wie hij net een goede band had. Of mensen die zichzelf snijden in de leefgroep waar iedereen het kan zien. Patiënten die hun seksuele diensten aanbieden aan verpleegkundigen. Klinisch is het opmerkelijk dat angst bij hulpverleners het grootst is wanneer symptomen in de overdracht komen. Het is net omdat die daar opduiken dat het reële van de hulpverlener ook wordt getoucheerd en er dus angst ontstaat. Overdracht is geen brok emoties of herhaling van de patiënt waar je als

4. Hiermee insinueer ik dat deze angst na het krijgen van een soevereine positie - wat onmogelijk is omdat soevereine macht niet langer operatief is - een modern fenomeen is.

hulpverlener kan over nadenken vanuit een meta-perspectief. Overdracht is actueel en de hulpverlener zit mee aan boord.

Janne is 35 jaar als ze voor het eerst in opname komt op onze afdeling, ze zal vanaf dan geregeld terugkomen. Janne kent ons goed en wijst mensen vaak op hun tekorten. Ze kiest daarbij heel specifiek wat ze aan wie zegt. Ze lacht met de begeleidster die extra controleert of deuren en kasten gesloten zijn: "misschien moet je nog eens kijken of het zeker toe is?", aan de therapeute die moeite heeft met 30 worden, vraagt ze "jij was toch 45 he?" Janne voelt de onuitgesproken twijfels en symptomen van mensen en wijst hen daarop. Ze vindt altijd die zaken die 'pijn' doen. Van een vorige arts kreeg ze daarom de diagnose van psychopathie, ze mag geen opnames meer hebben in zijn ziekenhuis. Is dit label een manier om de onzekerheid die ze oproept bij anderen weg te werken? Ook in ons team zorgt het voor wrevel en vraagt een begeleider zich af of 'dit hier wel een plaats is voor iemand als Janne?' We proberen te kaderen dat deze onzekerheden bij ons zitten en we Janne daar niet mee moeten lastigvallen. Het verlangen om te blijven werken komt op de voorgrond, wat zorgt dat we met humor reageren op de uitspraken van Janne. Als ze bijvoorbeeld opmerkt dat de begeleidster nog eens moet controleren of de kast toe is antwoordt die "Janne, ga je de tel bijhouden? Als ik aan 20 keer checken zit moet ik trakteren!" Janne is verrast door deze interventies, die in de overdracht een andere piste openen dan die van de afwijzing.

We zouden kunnen spreken van een 'psychiatrische doodsdrift' die huist in het werk, die alle vormen van Eros (de menslievendheid) in de psychiatrie tart, die een limiet stelt aan het werk en die daarmee het reële van de hulpverlener in beroering brengt. Toen Pinel de waanzinnigen uit de kerkers bevrijdde, had hij er geen rekening mee gehouden dat die doodsdrift ook mee naar boven zou komen en zich in het medisch discours zou nestelen.

Versluieren

Hulpverleners ervaren angst en onmacht omdat er een structurele psychiatrische doodsdrift is, geënt op de reële dimensie van het psychisch lijden die in de overdracht komt. Het probleem is niet dat angst en onmacht er zijn. Pertinenter is dat we ze ontkennen, precies omdat de confrontatie met de eigen kwetsbaarheid zo pijnlijk is. In wat volgt wil ik beargumenteren dat dit een belangrijke reden is waarom dwang zo aanwezig is in de hulpverlening.

De studie van Isabel Menzies (1960) is in dit opzicht verhelderend. Samen met haar collega's superviseerde en onderzocht ze midden vorige eeuw de werking van een algemeen ziekenhuis. Er was veel angst bij verpleegkundigen, met uitval tot gevolg. Menzies merkt terecht op dat de aard van het werk zorgt voor meer overspoeling (bijvoorbeeld patiënten die overlijden, ongeneselijke kankers) maar dat deze factor niet alles kan verklaren. Ze richt daarom haar aandacht op technieken die verpleegkundigen gebruiken om met angst om te gaan. Dit noemt ze 'sociale verdedigingsmechanismen': het personeel ontwikkelt doorheen de jaren allerhande manieren om angst te verbergen. Dit loopt geleidelijk, zonder dat mensen er zich bewust van zijn. Tot zowel oude als nieuwe werknemers vastzitten in die systemen. Denk bijvoorbeeld aan: contacten per individuele patiënt beperken; patiënten en personeel depersonaliseren door te zeggen dat iedereen gelijk is voor de wet of dat alles gestandaardiseerd moet lopen; obscuur houden van wie nu verantwoordelijk is (als er dingen mislopen is het niet meer duidelijk wie schuldig was) of werken met checklists om aansprakelijkheid te vermijden (als ik alles heb gedaan wat op mijn lijstje staat is het niet mijn schuld dat een patiënt sterft). Al die praktijken zijn ontwikkeld om angst en onmacht te vermijden. De angst verschuift: in plaats van angst voor het reële is er nu angst om niet zorgvuldig te registreren. Van angst naar vrees. Maar zoals Menzies ook opmerkt zorgen ze in een tweede tijd voor constante onzekerheid en twijfel, denk aan de schrik om evaluaties niet op tijd af te hebben. Het vaak irrationele karakter verraaft misschien dat deze vrees om iets anders gaat.

Als we angst en onmacht niet erkennen, bouwen we allerhande praktijken om ze op afstand te houden, ook al zijn die niet altijd ten dienste van de patiënten of het personeel. Een doorgedreven professionalisering probeert angst uit de weg te gaan, maar veroorzaakt net meer angst. Dwang en uitsluiting van zorg hebben hetzelfde principe. In eerste instantie kan je daarmee aan de slag. Als een begeleider een patiënt in isolatie stopt omdat die niet uit zijn kamer wou nadat dit moest, dan kan een beetje goede teamwerking het mogelijk maken om met die begeleider in gesprek te gaan en te luisteren waarom die dat deed. Je kan de onmacht anders kaderen en andere interventies zoeken. Het grootste gevaar ontstaat wanneer we professionalisering en dwang koppelen. Ik bedoel daarmee: als er vertogen bovenop dat geweld van de hulpverlener komen te liggen om het te verantwoorden. Bijvoorbeeld door niet te praten met de begeleider nadat die een patiënt in isolatie stopt omdat hij niet van zijn kamer wil, maar door te beslissen

dat we vanaf nu ‘alle kamers op slot doen in de voormiddag’ en dit verantwoorden door te stellen ‘patiënten hebben nood aan een duidelijk ritme in hun dagen’. In eenzelfde logica verdedigen hulpverleners hun exclusiecriteria: ‘sorry, maar hier kunnen enkel mensen terecht zonder verslaving, zonder beperking, met een woonst en met een diagnose van borderline zonder bijkomende psychose’. Deze uitsluiting lijkt doordacht, wetenschappelijk en gefundeerd, maar is het meestal niet. Bij doorvragen merk je dat er geen wetenschappelijke grond is om zo’n exclusiecriteria te verdedigen. Men kiest voor een afgelijnde doelgroep in de hoop dat er niet te veel manifestaties van het reële zullen voorkomen. Met als surplus dat je patiënten kan kiezen waarvan men weet dat er gemakkelijk(er) resultaten te behalen zijn – ‘zie je wel dat onze behandeling werkt!’ – en zo is de onmacht ook gestild. Het is de constante poging om de psychiatrische doodsdrijf het hoofd te bieden die er misschien voor zorgt dat psychiatrie dreigt een ‘resort voor mild depressieve mensen’ te worden, zoals Stef Joos stelt⁵.

Menzies (1960) merkt op dat veel van die praktijken diepgaande relaties uit de weg gaan. Dat komt omdat – zoals eerder gezegd – angst in de overdrachtsverhouding zit. Hulpverleners ontlopen de overdracht in de hoop dat ze dan niet betrokken raken in die netelige existentiële symptomen en dus niet geraakt in hun eigen kwetsbaarheid. Dat is precies de grootste aanklacht van ervaringsdeskundigen: dat hulpverleners te weinig communiceren, te afstandelijk zijn en niet investeren in de therapeutische relatie (Froyen, 2016; Tingleff et al., 2017). Maar de overdracht buiten spel zetten betekent niet dat ze ophoudt te bestaan. Overdracht is er altijd, maar je hebt wel een theorie nodig om erover te denken. Zo niet, dan loop je de kans meegezogen te worden in de symptomen van een patiënt zonder te begrijpen hoe je die moet hanteren.

Angst en onmacht nopen ons tot geweld en uitsluiting, en omdat geweld altijd verantwoording nodig heeft (Arendt, 1969: 77) zoeken we manieren om deze te legitimeren. Dit leidt tot een heleboel praktijken die zeer professioneel overkomen, maar eigenlijk het ware gevaar zijn van de psychiatrie: in die doorgedreven professionalisering en in deze vertogen die macht en uitsluiting wettigen, negeren we de psychiatrische doodsdrijf en kan dwang welig tieren.

5. <https://sociaal.net/verhaal/langdurige-psychiatrische-zorg/>

Moralisering

Macht ent zich altijd op existentiële kwesties omdat het precies iets doet met de meest kwetsbare kanten van ons bestaan. Dat is overal zo en dat is ook noodzakelijk, want macht is niet alleen onderdrukkend, maar is ook nodig om subjectiviteit te verkrijgen (Foucault, 1978 [1976]; bijvoorbeeld: de invulling die we geven aan vrouwelijkheid en mannelijkheid is altijd cultuurgebonden en machtsbeladen, maar die macht verleent ook identiteit over gender én de optie om tegen die identiteit te strijden en andere voor te stellen). Maar van psychiatrie zouden we mogen verwachten dat ze een stap terugneemt en een ondervraging doet van haar machtsprincipe. Als ze wil werken met dat wat niet werkt in de maatschappij, dan moet ze volgens mij – meer dan eender welke andere discipline – de durf hebben om de reële zijde daarvan in rekenschap te brengen en angst en onmacht niet te versluieren achter dwang en doorgedreven professionalisering.

Dat gebeurt nauwelijks en daarom kan geestelijke gezondheidszorg zo moraliserend zijn: ze geeft invullingen aan existentiële zaken waar net geen antwoord op is. Macht treedt het meest op bij seksualiteit, relaties, autoriteit, de dood en het lichaam. Een vrouw weegt 110 kg., begeleiders verplichten haar tot een dieet omdat ze zich verantwoordelijk voelen voor haar gezondheid. Een man met een beperking herhaalt steeds hetzelfde scenario in zijn leven: hij is samen met een zachttaardige vrouw maar bedriegt die met prostituees waardoor de relatie afspringt. De begeleiding zit met de handen in het haar: hij luistert niet als ze zeggen dat hij geen overspel mag plegen en ze willen hem verplichten alles op te biechten aan zijn huidige partner. Sommige hulpverleners verzuchten dat patiënten heiliger dan de paus moeten zijn.

Daarom moeten we opletten met verklaringen zoals dat het ‘vroeger beter was’ (zoals ik in verzuchtingen hoor van werknemers die al langer meedraaien) of dat we ‘de oude visie moeten loslaten en de moderne omarmen’ (zoals ik jonge collega’s hoor zeggen). Het gebruik van dwang maakte altijd al deel uit van de psychiatrie, net zoals kritiek daarop (Colaizzi, 2005). Oprechte pogingen om een humane zorg te organiseren versus constante macht en dwang: dat is de wip van de geschiedenis van de psychiatrie. De psychiatrische doodsdrijf zal altijd onbehagen en spanning laten bestaan, we zullen het lijden nooit helemaal kunnen verklaren en genezen.

Als we dat niet erkennen in onze kritiek dreigen we te verdwalen. Tegenover een neoliberale/biomedische aanpak zetten sommigen bijvoorbeeld het gebruik van de therapeutische relatie om macht weg te krijgen. Maar als dit model de psychiatrische doodsdrijf niet erkent, zal het probleem hetzelfde blijven. Zo hoorde ik verpleegkundigen stellen, dat ze het recht hadden om een patiënt te zeggen dat ze hem irritant vonden, want ‘we moeten werken vanuit wederkerige relaties en dus is het belangrijk dat we onze gevoelens uiten’. Ik ontmoette ook al mensen die waren buitengezet op een afdeling omdat zij geen therapeutische relatie konden ontwikkelen. Of patiënten die getuigden dat ze niet om konden met het te veel aan liefde dat ze kregen van hulpverleners en daarom zelf de behandeling stopzetten. Het gebruik van de therapeutische relatie is hier een macht *in disguise*. Nietzsche (1998 [1881]) was streng voor zorg die al te veel vertrok vanuit een te grote afhankelijkheid en medelijden. In zo’n goede daden kan er een ‘verfijnde wreedheid’ schuilen (ibid.: 41) omdat het diegene die geeft en anderen helpt meteen in een superieure positie zet. Wil die ander niet meewerken en zijn liefde niet ontvangen, komt er al vlug ongelooft en kwaadheid.

Naar een herstel van de hulpverlener

Een kliniek die zich anders oriënteert ten aanzien van de psychiatrische doodsdrijf, veronderstelt een herstel van de hulpverlener. Volgens Vanheule (2018) is de kern van herstel: onszelf opnieuw uitvinden rond de existentiële punten die ons deden wankelen, in verhouding tot de Ander. Misschien is het niet alleen de patiënt die dat moet doen? De hulpverlener moet niet genezen en een perfecte begeleider worden (integendeel, die professionalisering is net gevaarlijk). Hij kan wel herstellen en op een andere manier omgaan met de angst en onmacht die structureel in het werk zitten. Dat zal rond die existentiële kwesties draaien, door de verhouding tot het eigen reële te ondervragen.

Volgens Boevink (2017: 144) verwijst herstel naar een persoonlijk proces van het ‘herwinnen van controle over het eigen leven na een psychische crisis’. Dit idee is misschien ook van toepassing op de hulpverlener. Een crisis is precies het moment waarop het reële de boel pijnlijk verstoort en iemand ontoereikend blijkt om daarop antwoord te bieden, wat beangstigend is. Tijdens een crisis werken die professionaliserende praktijken niet meer. De angst die daarmee gepaard gaat is het signaal dat het reële nog steeds insisteert, ondanks

al die praktijken. Na een crisis beslist een team vaak om harder te worden, meer dwang te gebruiken of niet verder te gaan met de herstelgerichte gedachte. Een zinloze regel zoals ‘je mag geen mp-3 bijhouden’ komt er meestal nadat er een gevecht is ontstaan tussen patiënten over een te luide mp-3 speler. Zorgverleners zien niet dat die regel net meer geweld uitlokt en je zo een constante verschuiving krijgt van het probleem en een steeds strakker systeem. Maar een crisis kan ook herstel betekenen. Precies omdat de symbolische coördinaten ontoereikend waren kan het leiden tot de creatie van iets nieuws, net zoals dat het geval is bij individueel traumatische gebeurtenissen. Muzikant Nick Cave werd bijvoorbeeld op een brute manier geconfronteerd met het reële toen hij zijn zoon verloor. Dat trauma is niet te genezen, maar hij antwoordde op de crisis met creatie: “We all needed to draw ourselves back to a state of wonder. My way was to write myself there. I sat and wrote and wrote, and in doing so I found a way back, or at least a way through the veil of grief, to the other side.”⁶

Het is daar waar het niet goed gaat, waar begeleiders twijfelen, dat er een vraag kan ontstaan. Die crisis kunnen we oppakken: niet om alles terug toe te dekken, maar precies door ze te gebruiken om dingen structureel te veranderen en de onmogelijkheid in de kern centraal te zetten in ons werk. In die zin is herstel in de hulpverlening niet – altijd – individueel, maar kan het ook gaan om herstel van een team.

Mia werkt al jaren op onze afdeling en kent het reilen en zeilen als geen ander. Als een van onze patiënten – die al vier jaar bij ons verblijft omdat hij geen woonplaats heeft – onverwacht niet mee wil op daguitstap, gaat ze naar hem toe om te vragen waarom. Hij wordt buiten elke verwachting om kwaad en grijpt Mia bij de keel. Een collega is net op tijd om haar te redden, ze was bijna dood gewurgd. Mia is overdonderd door het incident. De kwetsuur was groot, des te meer omdat Mia een goede band had met de patiënt en dit helemaal niet zag aankomen. Ze komt een tijd niet werken en is verrast door de impact van het gebeuren. Mia gaat in analyse en ondervraagt wat er is gebeurd. Ook met verschillende collega's gaat ze in gesprek. Als ze terugkomt zien we iets bijzonders: Mia trapt niet in de val van meer controle en strakkere regels om haar angst in te tomen. De crisis maakte haar tot een nog sterkere verpleegkundige. Ze was een van de eerste om op teamvergaderingen dwang in vraag te stellen en controle los te laten. Ze zegt dat haar analyse haar liet stilstaan bij de effecten die ze zelf heeft op patiënten en hoe ze nu de verrassing en het toeval

6. <https://www.theredhandfiles.com/writing-challenge-skeleton-tree/>

gemakkelijker kan verdragen. Het voorval, dat een reële inbreuk was op haar lijfelijke grenzen, beroerde haar. Maar die crisis was voor Mia een opening om zichzelf opnieuw te oriënteren zonder de angst af te dekken.

Angst en onmacht hoeven we niet af te doen als ‘onprofessioneel’ of als ‘hysterische tegenoverdracht’, maar situeert zich in het hart van de hulpverlening. Werken in de psychiatrie is een werk dat niet te doen is, maar daarom geen werk dat we niet moeten doen. Net door de psychiatrische doodsdrijf te denken, kunnen we op een andere manier aan kliniek doen. De werknemers van De Sprong geven een paar mooie voorbeelden. Ze vertellen over een vrouw die haar afspraken steeds afzegt en contact afhoudt, behalve als ze in opname gaat. Dan belt ze de begeleiders om haar op te halen en af te zetten in het ziekenhuis met twintig zakken en om onderweg te stoppen voor cola en sigaretten. “Ben ik dan maar een taxidienst?”, vraagt de begeleidster zich af. Op dit punt sluit de deur van de hulpverlening zich meestal, maar deze begeleidster stelt de volgende vraag: “Kan dit voortdurend taxiën de weg zijn naar een relatie waarin de cliënte mij vindt als het moeilijk wordt om zo ooit opnames te voorkomen?” Onmacht is onze kracht, verklaart dit team. Precies dat is waar het om draait. Door onmacht en angst te erkennen en een plaats te geven kunnen we onvoorwaardelijk hulp bieden en stoppen we het niet toe met allerhande verhaaltjes die ons in slaap sussen maar de patiënt verweesd achterlaten.

Ik denk ook aan hoe Veroniek Knockaert (2007) spreekt over haar werk in de kinder- en jeugdpsychiatrie dat haar op momenten overdondert en waarop ze niet altijd een antwoord weet: “De uitdaging hier is misschien het vinden van de moed om telkens opnieuw een ontmoeting aan te gaan, om telkens opnieuw een verhaal te construeren dat niet vergeet dat het leven maar kan verschijnen waar er iets van het onvoorspelbare, het vreemde, het radicaal andere mag bestaan.” (p.70).

Dat wil niet zeggen dat we patiënten moeten lastigvallen met onze eigen angsten of deze interpreteren alsof zij dat ‘uitlokken’ bij ons (de klassieke tegenoverdracht-analyse). Als we dat doen, gaan we er weer van uit dat het de schuld is van de patiënt, dat het zijn reële is dat ons door elkaar schudt. Terwijl het net het eigen reële – van de hulpverlener – is dat daar geraakt wordt. Het gaat erom dit vreemde te erkennen en te merken dat we misschien toch niet zo anders zijn dan patiënten. In die ruimte kan er een plaats ontstaan voor het ‘verlangen van de analyticus’: om een blijvend en onvoorwaardelijk werk te doen zonder afwijzing wanneer het reële om de hoek loert.

Working in an abyss of anxiety and powerlessness. Towards recovery of the mental health worker.

Summary: In this article the author tries to understand why there remains so much coercion in contemporary psychiatry and why the recovery movement is not easily applied in the field. The author starts from the observation that mental health workers report anxiety and powerlessness when confronted with mental suffering and coercion. From a Lacanian viewpoint we could understand anxiety as a signal of the real. Psychiatry has to work with that what resists ruling discourses and this is why the real is overly present in this discipline. Psychiatry is expected to cure the real, which gives mental health workers a power that can be overwhelming and cause anxiety. The structural impossibility to heal the real can cause experiences of powerlessness. Manifestations of the real of patients always get inside transference and this causes a confrontation with the real of oneself. Because of this, there's a structural psychiatric death drive that will always be present in mental health care. Professionalization, coercion and exclusion of care are means to avoid and ignore this death drive. Psychiatry should be a discipline thinking about the real and conceptualizing it, instead of covering it up. To do this, we need a recovery of the mental health worker.

Keywords: psychiatry, recovery movement, coercion, anxiety, powerlessness, the real

Bibliografie:

- Arendt, H. (1969). *On Violence*. New York: Harcourt Inc.
- Beresford, P. (2002). User involvement in research and evaluation: liberation or regulation? *Social Policy and Society*, 1(2), 95-106.
- Boevink, W.A. (2017). HEE! Over herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie. *Proefschrift ter verkrijging van de graad doctor aan de Universiteit Maastricht*.
- Camuccio, C.A., Chambers, M., Välimäki, M., Farro, D. & Zanotti, R. (2012). Managing distressed and disturbed patients: the thoughts and feelings experienced by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 807-815.
- Colaizzi, J. (2005). Seclusion and restraint: A historical perspective. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(2), 31-37.
- De Vos, J. (2011). *Psychologisering in tijden van globalisering. Een kritische analyse van psychologie en psychologisering*. Leuven/Den Haag: Acco.
- Foucault, M. (1978 [1976]). *The history of sexuality: 1. The will to knowledge*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1994 [1984]). Le souci de la vérité. In *Dits et Écrits IV 1980-1988* (pp. 668-678). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2013 [1964]). *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw*. Amsterdam: Boom.
- Freud, S. (2006 [1925]). Ter geleide bij 'Verwaarloste Jugend' (Aichorn). In *Werken, deel 9* (pp. 537-539). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Froyen, B. (2016). *Uitgedokterd. Van dwang naar veerkracht in de psychiatrie*. Antwerpen: Manteau.
- Jonckheere, L. (2005). Van een remedie tegen de angst naar een mogelijke overschrijding van de angst. *Inwit*, 1, 108-137.
- Knockaert, V. (2007). Overdonderende ontmoetingen in Fioretti. *Psychoanalytische Perspectieven*, 25(1), 59-70.
- Korff-Sausse, S. (1996). *Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris: Calmann-Lévy.

- Lacan, J. (1966 [1958a]). La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In *Écrits* (pp. 237- 322). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1966 [1958b]). D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In *Écrits* (pp. 531- 583). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1967-1968). *Le séminaire livre XV. L'acte psychanalytique*. Ongepubliceerd manuscript.
- Lacan, J. (1975 [1974]). Le triomphe de la religion. *Lettres de l'Ecole, bulletin interne de l'Ecole freudienne de Paris*, 16, 6-26.
- Lacan, J. (2001[1975]). La troisième. *La Cause Freudienne*, 79, 11-33.
- Lacan, J. (2004 [1962-1963]). *Le séminaire livre X. L'angoisse* (texte établi par J.A. Miller). Paris: Seuil.
- McMullan, E., Gupta, A. & Collins, S.C. (2018). Experiences of mental health nursing staff working with voice hearers in an acute setting: An interpretative phenomenological approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25, 157-166.
- Menzies, I. E. (1960). A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: A report on a study of the nursing service of a general hospital. *Human relations*, 13(2), 95-121.
- Merchant, N. (2001). Saint Judas. On *Motherland* [cd]. New York: Elektra Entertainment Group.
- Nietzsche, F. (1998 [1881]). *Morgenrood*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij de Arbeiderspers.
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23, 217-218.
- Tambuyzer, E. (2017). *Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg*. Verslag door OPGanG en Vlaams Patiëntenplatform vzw.
- Tingleff, E.B., Bradley, S.K., Gildberg, F.A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect": A systematic and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 24(9-10), 681-698.
- VanDerNagel, J.E.L., Tuts, K.P., Hoekstra, T. & Noorthoorn, E.O. (2009). Seclusion: the perspective of nurses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 408-412.
- Vanheule, S. (2011). *The subject of psychosis: A Lacanian perspective*. London: Palgrave Macmillan.
- Vanheule, S. (2018). Herstel als existentiële en relationele uitdaging. Het zijnstekort als uitgangspunt. *Psyche*, 30(1), 4-8.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Ray, M.K. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 500-512.